



ORIGINALES

Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario

Evaluation of the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital

***Pinheiro, Maria da Penha **Junior, Osnir Claudiano da Silva**

*Enfermeira, mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO, Responsável pela Educação Continuada/Permanente do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO. E-mail: mapepinheiro@gmail.com **Doutor em Enfermagem/UFRJ, Professor do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar/ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>

RESUMO

Este artigo **objetiva** conhecer a avaliação dos profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um Hospital Universitário. Método descritivo, com abordagem quantitativa, cuja coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014. A amostra do estudo foi composta de 203 profissionais de enfermagem que responderam ao questionário traduzido para o português do *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, disponível no *Proqualis*, composto de 12 Dimensões para avaliação da Cultura de Segurança, cujo grau de concordância é aferido por meio de uma escala de *Likert*, cujas respostas variam entre "concordo totalmente" a "discordo totalmente". Neste manuscrito, nos reportamos as 03 Dimensões da cultura de segurança no nível da organização hospitalar. Os dados apontaram a necessidade do envolvimento e de ações concretas por parte do gestor e dos líderes da organização, que favoreçam e priorizem as questões da segurança do paciente no hospital cenário do estudo.

Palavras chave: Cultura organizacional; Cultura de Segurança do paciente; Riscos; Equipe de enfermagem

RESUMEN

Este artículo tiene como **objetivo** conocer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria de un hospital universitario. Método descriptivo con enfoque cuantitativo, cuya recolección de datos ocurrió entre septiembre y noviembre de 2014. La muestra del estudio estuvo compuesta por 203 enfermeras que respondieron al

cuestionario traducido al portugués del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)), disponible en Proqualis, compuesto por 12 Dimensiones para la evaluación de la cultura de seguridad, cuyo grado de acuerdo se mide por medio de una escala Likert, las respuestas van desde "muy de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo". En este manuscrito, nos informan las 03 dimensiones de la cultura de seguridad en el nivel de organización hospitalaria. Los datos indicaron la necesidad de la participación y acciones concretas por el gerente y los líderes de la organización, para fomentar y priorizar los temas de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del estudio.

Palabras clave: Cultura organizacional; Cultura de seguridad del paciente; Riesgos; Personal de enfermería

ABSTRACT

This article has the objective of addressing the assessment of nurse caretakers about the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital. It was adopted the descriptive method with quantitative approach with data collected from September to November 2014. The study sample consisted of 203 nurse caretakers who responded to the questionnaire *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) available at *Proqualis*, translated into Portuguese. The questionnaire consists of 12 dimensions to evaluate the Safety Culture, the degree of agreement is scored by the scale *Likert* whose responses vary from "totally agree" to "strongly disagree". In the herein manuscript, we used 3 (three) dimensions of safety culture within an organization. The data indicate that the manager and leaders of the institution need to demonstrate commitment and take concrete actions that favor and prioritize patient safety issues within the study hospital setting.

Keywords: Organizational culture; Patient Safety Culture; Risks; Nurse Team

INTRODUÇÃO

A organização hospitalar é a mais complexa das organizações humanas. Em um mesmo ambiente reúne uma gama de profissionais das mais variadas áreas, com diversos tipos de vínculos, tratando de assuntos ligados à manutenção da vida e da saúde, onde um mínimo de descuido, pode gerar um grave dano para a pessoa que está sendo cuidada. Desta forma, um hospital representa um grande desafio diário para todos os profissionais que lá trabalham ⁽¹⁾.

Cultura Organizacional é um conjunto de convicções, objetivos, normas, rituais e maneiras de resolver problemas compartilhados por seus membros. Daí, ser de extrema importância que uma Instituição aponte claramente o que é esperado de seus funcionários, quais são os valores, as políticas e as regras da organização. Se isto não for feito com clareza, cada indivíduo seguirá ou estabelecerá as suas ⁽²⁾.

Grupos com a mesma capacitação tecnológica, desenvolvendo as mesmas atividades, mantendo um convívio contínuo, pode desenvolver uma cultura própria. Daí a explicação de diferentes culturas próprias de diferentes grupos profissionais, interagindo em uma mesma organização. Gerenciar os processos de trabalhos desses grupos é um grande desafio, uma vez que cada um tem dificuldade de aceitar a cultura própria do outro grupo, como válida ou normal ⁽³⁾.

Cada membro de uma organização se transforma continuamente, interagindo e modificando a realidade onde atua. Portanto, assimilar a cultura de uma organização é uma difícil tarefa. Quando esse universo particular é analisado coletivamente, apreende-se a cultura da organização, seus processos e as relações de poder ⁽³⁾.

A primeira conceituação de Cultura de Segurança, surgiu na década de 1980, após o incidente de Chernobyl na Ucrânia, que posteriormente foi adaptada para conceituar

a Cultura de Segurança do Paciente, como: “o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão de segurança. Desta forma, “requer uma compreensão dos valores, crenças e normas, sobre o que é importante em uma Organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente, são esperadas e apropriadas”⁽⁴⁾.

A Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde, traz a definição da Cultura de Segurança, como o “o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança”. Porém, a cultura de segurança nos Sistemas de Saúde é um fenômeno bastante complexo e sua implantação nesses Sistemas, requer um entendimento de outras sete subculturas ⁽⁵⁾: Liderança na medida em que os líderes precisam reconhecer o alto risco que o ambiente de saúde oferece, e busque o alinhamento da visão, missão, competência da equipe, dos recursos humanos e legais de profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a diretoria; Trabalho em equipe onde os relacionamentos devem ser abertos, responsáveis e flexíveis, devendo prevalecer o espírito de coleguismo, cooperação e colaboração entre todos os profissionais, fazendo frente à complexidade da assistência; Comunicação que deve ser efetivada por uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação, fundamental para a promoção de uma cultura de segurança do paciente; Aprender com os erros, porque oportuniza a busca de melhores desempenhos, devendo esse aprendizado começar pelos líderes, e ser valorizado por todos os profissionais. A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança e promove um ambiente que propicia oportunidades de crescimento. O processo de educação e treinamento deve ressaltar o significado de ser uma instituição de alta confiabilidade, o valor da cultura de segurança e do processo contínuo de melhoria de desempenho; Justiça caracterizando-se pela verdade, uma vez que reconhece os erros como falhas no sistema, ao invés de falhas individuais, e, ao mesmo tempo, não deixa de responsabilizar os indivíduos por suas ações; Cuidado Centrado no Paciente que vai além do fato do paciente ser um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também um elo entre a instituição de saúde e a comunidade e Prática Baseada em Evidência com seus os processos desenhados para alcançar alta confiabilidade e padronizados para evitar ocorrências de variações em todas as situações. Instituições de saúde que utilizam práticas baseadas em evidências, “por meio de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines* demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras” ⁽⁵⁾.

O movimento de segurança do paciente teve início na última década do século XX, após a publicação do Relatório (*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*) do Institute of Medicine (IOM), que apresentou resultados de vários estudos que revelaram à crítica situação da assistência a saúde naquele País, com dados surpreendentes, comparando a quantidade de mortes, nos Estados Unidos à queda de um jumbo por dia, o que provavelmente contribuiu para chocar e chamar atenção das autoridades e dos responsáveis pela assistência à saúde. ⁽⁶⁾

A partir daí, a OMS, adotou a questão da segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda política de seus Países Membros, e em 2002, lançou a Aliança Global para a Segurança do Paciente, cujo elemento central é a formulação de Desafios Globais, visando à socialização dos conhecimentos e das soluções

encontradas, lançando programas e campanhas internacionais com recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes no mundo. ⁽⁷⁾

De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), Segurança do Paciente “é a redução a um mínimo aceitável do risco desnecessário associado à Saúde” e dano “é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se as doenças”. Se este dano ou incidente estiver relacionado à saúde, é o Evento Adverso. Logo, Evento Adverso é a lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado”. ⁽⁸⁻⁹⁾

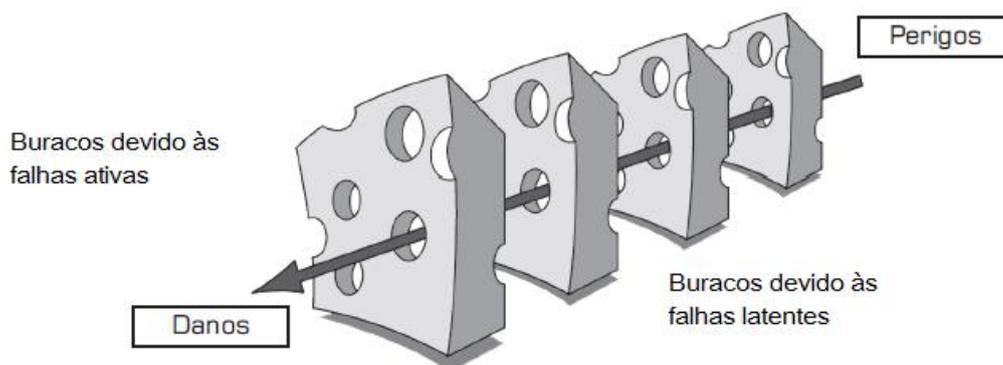
Risco é um termo que reflete as relações das pessoas com eventos futuros. É a possibilidade da ocorrência de um evento adverso e está associado ao potencial de perdas e danos e da magnitude de suas consequências. ⁽¹⁰⁾

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária define risco como “uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos”. Esses danos podem ser entendidos como lesões a pessoas, ou estarem relacionados aos equipamentos, instalações, meio ambiente, ou ainda, perda de material em processo ou redução da capacidade de produção. ⁽⁵⁾

Além da infinidade de riscos encontrados no ambiente hospitalar, ressaltamos os “riscos do cuidado” ou os riscos causados pela assistência à saúde que podem atingir aos pacientes assistidos, suas famílias, os profissionais envolvidos com a assistência e a sociedade como um todo, justificando todo esse movimento pela Segurança do Paciente.

James Reason (1990) psicólogo britânico e importante pesquisador, criador da “Teoria ou Modelo do Queijo Suíço”, postula que o erro faz parte do ser humano e que por isso, jamais conseguiremos extinguir a possibilidade de errar. Mas é possível transformar o ambiente em que os humanos agem, tornando-o mais seguro, com desenhos de sistemas e métodos que dificultem os erros, evitando que estes perpassem as múltiplas e incompletas camadas de proteção (as fatias do queijo suíço) e causem um dano devastador. Portanto, as análises dos erros devem se concentrar em todas as causas subjacentes que induziram ou tornaram o erro possível, ou melhor, em suas causas-raiz e não simplesmente o que ocorreu na ponta do processo ⁽¹¹⁻⁶⁾.

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço



Fonte: Adaptado de Reason (2000)

Os processos e sistemas de um hospital precisam a todo instante se adequarem para a prevenção da ocorrência dos erros. A organização, sobretudo seus gestores e líderes, devem propiciar e promover um clima de segurança para pacientes e profissionais.

No desenvolvimento de suas atividades assistenciais, são os profissionais de enfermagem que normalmente estão na ponta do processo de cuidar, sendo muitas vezes, a última barreira de proteção contra os erros, ou metaforicamente falando, “a última camada do queijo suíço”, daí a importância da avaliação desses profissionais da organização do hospital em que atuam.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objeto a avaliação da cultura de segurança do paciente nas dimensões da organização hospitalar de um hospital universitário, com os objetivos de verificar a avaliação de uma organização hospitalar relacionada com a segurança do paciente pela equipe de enfermagem, bem como dos fatores intervenientes na organização hospitalar que podem interferir, ou não na segurança do paciente. Deste modo, as Questões Norteadoras foram: Como a equipe de enfermagem avalia a cultura de segurança nas dimensões da organização de um hospital universitário? Existem fatores intervenientes na organização hospitalar que comprometem ou podem comprometer a segurança do paciente?

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Hospital Universitário Público, localizado na cidade do Rio de Janeiro, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma capacidade instalada de 233 leitos, após autorização do diretor da unidade hospitalar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 28/08/2014, Parecer CEP/HUGG nº769.099/CAAE 4355354.4.0000.5258, de acordo com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os sujeitos da amostra são os profissionais de enfermagem (enfermeiros, residentes, técnicos e auxiliares de enfermagem), sendo critério de inclusão pertencer à equipe de enfermagem do hospital cenário do estudo ou ao Programa de Residência por mais de seis meses, e estar no ambiente laboral durante a realização da pesquisa. O cálculo amostral considerou a probabilidade do evento de 50%, com intervalo de confiança de 95%, e erro tipo I $\leq 5\%$, sendo assim a amostra estimada foi de 203 indivíduos em um universo de 424 funcionários.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014, sendo selecionados 203 questionários de 300 aplicados, após a revisão e a exclusão dos considerados fora dos critérios pré-estabelecidos. O instrumento utilizado foi o questionário traduzido para o português *Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, disponível no Proqualis, versão validada por Reis (2013) ⁽¹²⁾. O questionário possui 12 Dimensões da Cultura de Segurança, das quais, sete referem-se às Unidades de trabalho dentro do hospital, três a Organização hospitalar e duas referem-se a Medidas de resultado. Para este trabalho, nos reportaremos apenas às sete Dimensões das Unidades de trabalho dentro do hospital, cujos cálculos das respostas permitem identificar a “áreas fortes” em relação à Cultura de Segurança do Paciente (quando as respostas positivas apresentam um percentual $> 75\%$), e “áreas frágeis” (quando o cálculo do percentual apresentado for $< 50\%$). Em relação às respostas

negativas, quanto maior for o percentual de negatividade (> 50%) em uma determinada área, mais fragilizada será considerada aquela área.

Para descrição da amostra e dos desfechos considerados (conhecimentos e avaliação acerca da cultura de segurança do paciente; fatores intervenientes na adoção de práticas mais seguras na assistência) foram realizadas análises univariadas por meio de frequências simples. O pacote estatístico utilizado foi o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.0.

RESULTADOS

As **tabelas I, II e III**, mostram as características demográficas e funcionais dos participantes do estudo. A amostra entrevistada foi de 203 profissionais, sendo que 82,1% são do sexo feminino, com idade média 44,3 anos e tempo médio de profissão de 14,8 anos. Cerca de 29,5% trabalham no hospital entre 1 a 5 anos, 16,5% de 11 a 15 anos e 13,0% há menos de 1 ano. Quanto à carga horária dedicada ao trabalho no hospital a maioria (73,3%) trabalha entre 20 e 39 horas no local, e 22,8% mais de 40 horas, sendo que em relação à função desempenhada 27,2% são enfermeiros, 44,1% técnicos de enfermagem e 26,2% auxiliares de enfermagem, cerca de 88,6% declaram ter contato direto com pacientes no exercício de sua função. Em relação à formação 35,8% tem ensino médio completo e 32,9% alguma pós-graduação *stricto* ou *lato senso*, e 72,2% declararam já ter participado de alguma atividade educativa sobre segurança do paciente.

Tabela I- Distribuição das variáveis: Sexo, Idade, Grau de instrução e Cargo ou função dos participantes da pesquisa, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variável		Nº absoluto	%
Sexo	1- Feminino	165	82.09 %
	2-Masculino	36	17.91 %
Idade	1- 20 a 30 anos	27	13.8%
	2 -31a 40 anos	50	25.6%
	3 -41 a 50 anos	52	26.6%
	4 -51 a 60 anos	49	25.1%
	5 - Acima de 60 anos	17	8.7%
Grau de Instrução	1-Pós graduação nível Mestrado e Doutorado	14	6.97%
	2-Pós graduação nível Especialização	52	25.87%
	3-Superior Completo	27	13.43%
	4-Superior Incompleto	72	35.82%
	5-Segundo grau Completo	06	2.99%
	6-Segundo grau Incompleto	01	0.50%
	7-Primeiro grau Completo	01	0.50%

	8-Primeiro grau Incompleto		
Cargo ou Função	1-Enfermeiro	55	27.23%
	2-Técnico de Enfermagem	89	44.06%
	3-Auxiliar de Enfermagem	53	26.24%
	4-Residente de Enfermagem	05	2.48%

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela II- Distribuição das variáveis: Principal área ou Unidade de atuação no Hospital e Tempo de trabalho na instituição, dos participantes da pesquisa, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variável		Nº absoluto	%
Principal área ou Unidade de atuação no hospital	1-Diversas unidades/ Nenhuma específica	14	6.9%
	2-Clínica-médica	25	12.4%
	3-Clínica-cirúrgica	24	11.9%
	4-Cirurgia	23	11.4%
	5-Obstetrícia	23	11.4%
	6-Pediatria	10	4.9%
	7-Unidade Terapia Intensiva de Neonatologia	09	4.4%
	8-Unidade Terapia Intensiva Adulto	12	5.9%
	9-Ortopedia	06	2.9%
	10-Ambulatório	17	8.4%
	11-Hemodiálise	08	3.9%
	12-Anestesiologia	01	0.4%
	13-Outra	29	14.4%
Tempo de Trabalho na Instituição	1-Menos de 01 ano	26	13.0%
	2-De 01 a 05 anos	59	29.5%
	3-De 06 a 10 anos	26	13.0%
	4-De 11 a 15 anos	33	16.5%
	5-De 16 a 20 anos	28	14.0%
	6-21 anos ou mais	28	14.0%

Fonte: Dados da Pesquisa

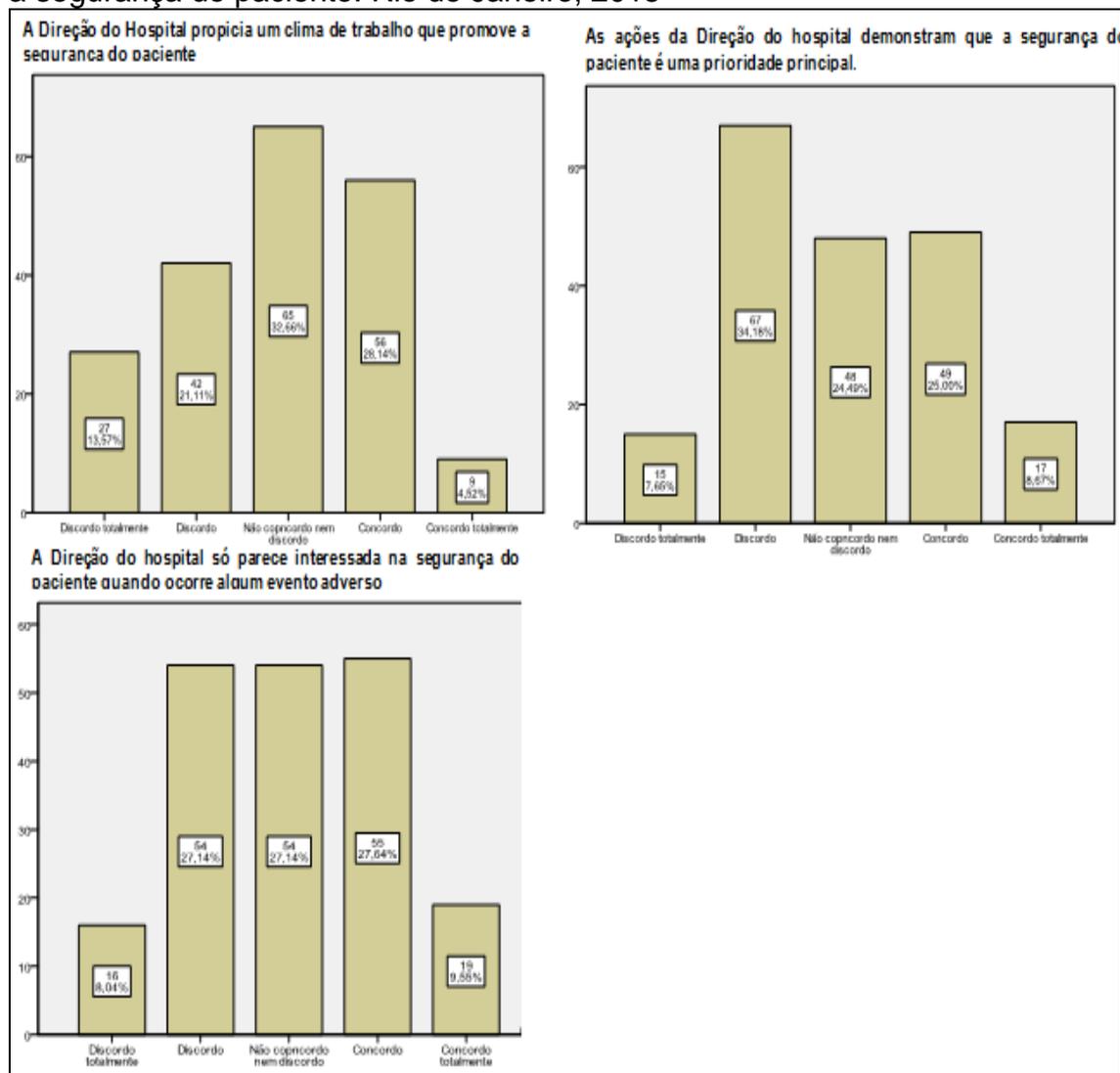
Tabela III- Distribuição das variáveis: Tempo de trabalho na atual área e horas semanais de trabalho dos participantes da pesquisa, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variável		Nº absoluto	%
Tempo de trabalho na atual área ou Unidade do hospital	1-Menos de 01 ano	25	12.44%
	2-De 01 a 05 anos	87	43.28%
	3-De 06 a 10 anos	42	20.90%
	4-De 11 a 15 anos	18	8.96%
	5-De 16 a 20 anos	19	9.45%
	6-21 anos ou mais	10	4.98%
Horas por semana de trabalho no hospital	1-Menos de 20 horas por semana	06	2.97%
	2-20 horas a 39 horas por semana	148	73.27%
	3-40 horas a 59 horas por semana	40	19.80%
	4-60 horas a 79 horas por semana	06	2.97%
	5-80 horas a 99 horas por semana	02	0.99%

Fonte: Dados da Pesquisa.

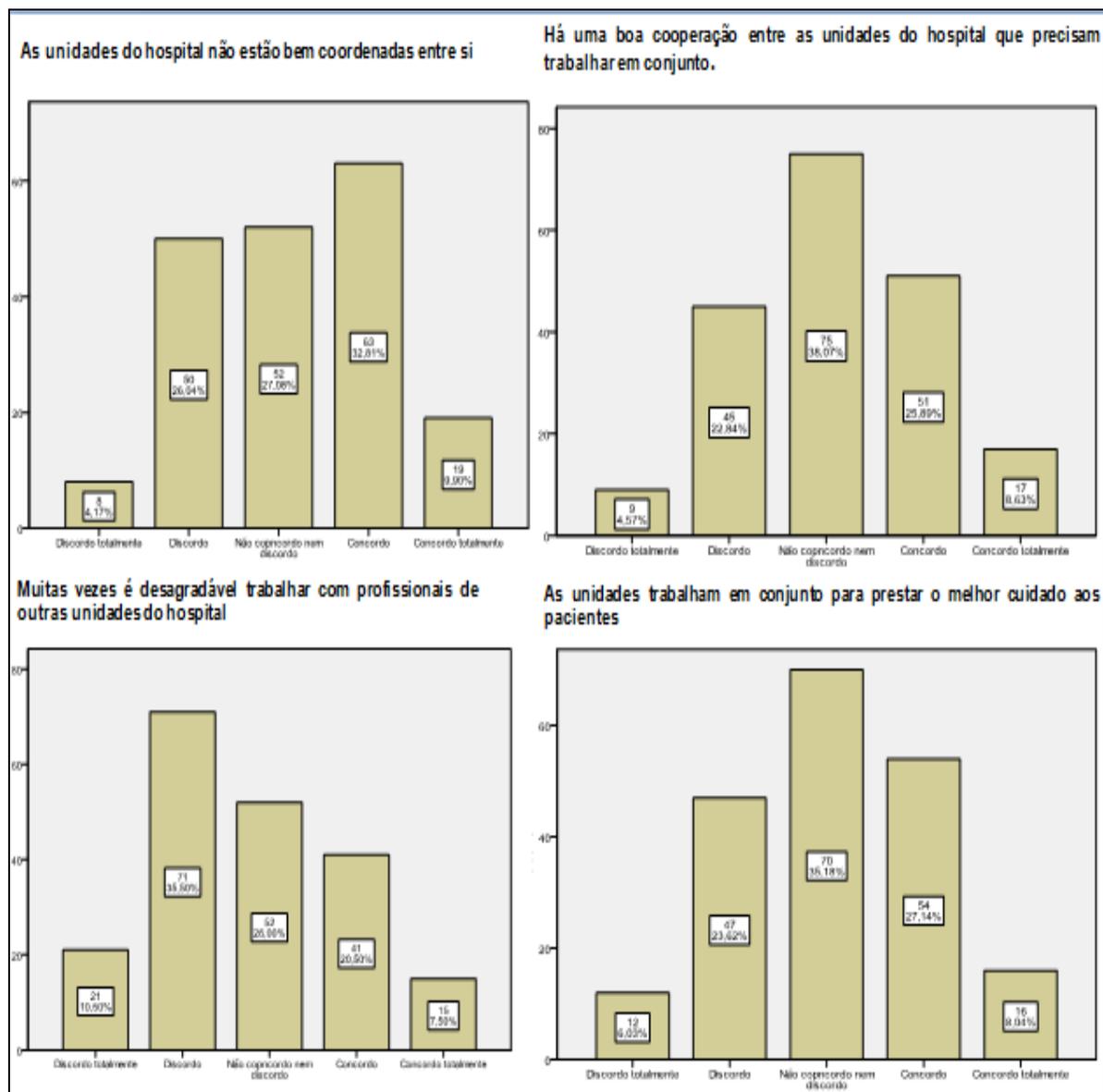
A **figura 2**, mostra os dados obtidos na Dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, que apontam existir um sentimento de que os dirigentes não propiciam um clima de trabalho condizente com essas questões. Os profissionais também não reconhecem na direção, ações que priorizem a segurança do paciente, ficando evidente o pouco interesse dos gestores.

Figura 2 - Distribuição das frequências da Dimensão Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente. Rio de Janeiro, 2015



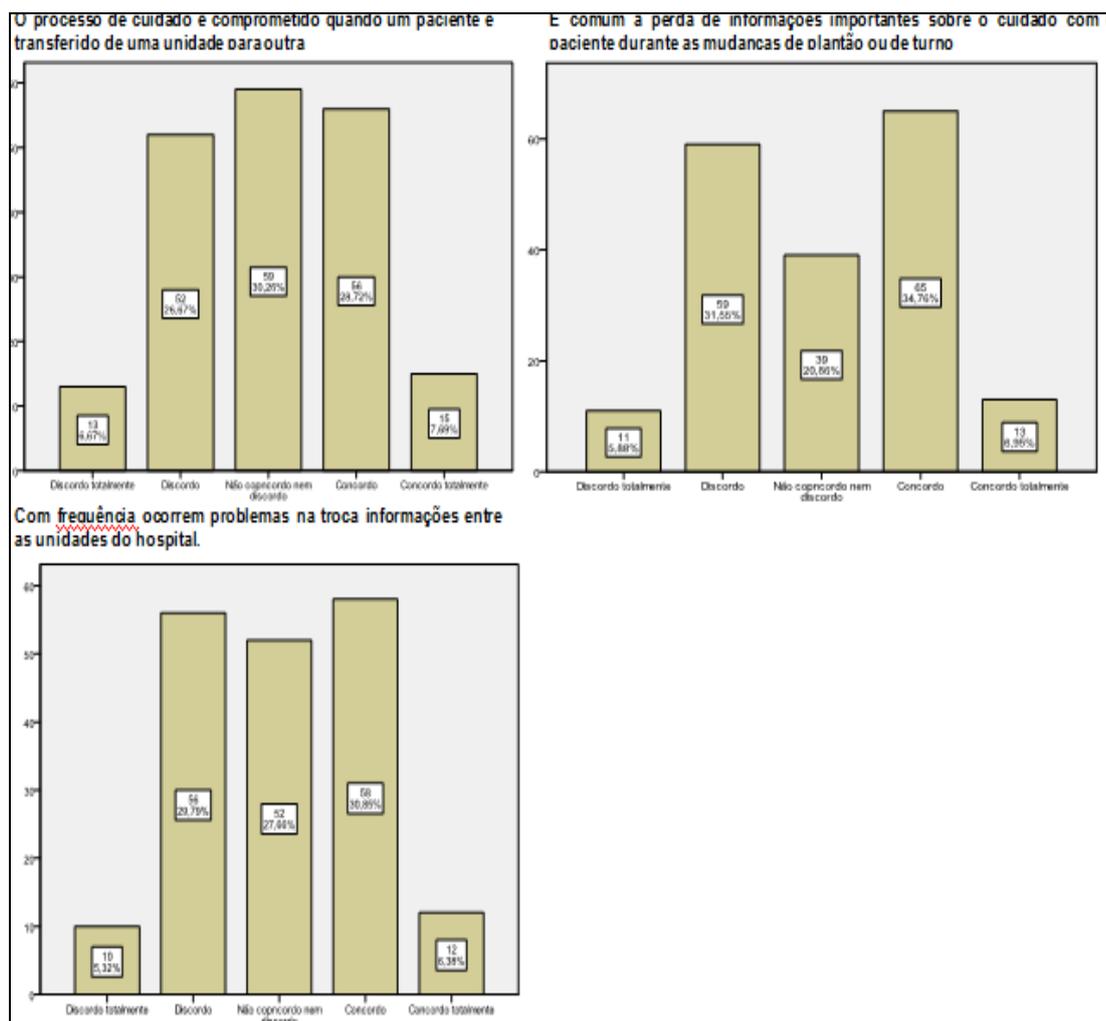
A **figura 3**, mostra os dados relacionados a Dimensão trabalho em equipe dentro das unidades. Eles apontam que não existe uma boa coordenação entre as unidades, que nos remete as questões de falhas gerenciais ou de comando.

Figura 3 - Distribuição das frequências da Dimensão Trabalho em equipe dentro das unidades. Rio de Janeiro, 2015.



A **figura 4** mostra os dados relacionados à Dimensão passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades. Os dados apontam que o processo de cuidado é comprometido nas transferências dos pacientes entre as unidades, estando totalmente coerente com a questão que indicou a não coordenação entre as unidades.

Figura 4 - Distribuição das frequências da Dimensão Passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades. Rio de Janeiro, 2015.



Na **tabela IV**, apresentamos o comparativo dos resultados das avaliações com suas respectivas porcentagens. Das 10 questões pesquisadas, 04 obtiveram avaliações positivas, muito embora não possam ser consideradas áreas fortes para a segurança do paciente, pois apresentam escores < que 50%. Também foram 04 as questões avaliadas como negativas e 02 questões neutras.

Tabela IV- Distribuição das Avaliações das Dimensões Nível da Organização Hospitalar - Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Dimensões	Questões	Avaliação	%
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	1-A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	Negativa	34,68%
	2- Ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	Negativa	41,83%
	3- A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	Negativa	37,19%

Trabalho em equipe entre as unidades	1. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	Negativa	42,71%
	2. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	Neutro	34,52%
	3. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	Positiva	46%
	4. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	Neutro	35,18%
Passagens de plantão/turno e transferências	1. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	Positiva	36,61%
	2. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	Positiva	40,71%
	3. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	Positiva	37,23%

DISCUSSÕES

Os profissionais apontaram falta de apoio e ações do gestor em relação à segurança do paciente, que interferem negativamente na implantação das medidas de segurança, mudanças ou revisões de processo e de fluxos, na incorporação de novas tecnologias, aquisição de novos equipamentos ou materiais, necessários a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, de acordo com a Portaria nº 529 de 03 de abril de 2013.

Batalha ⁽⁴⁾, em seu estudo com profissionais de enfermagem desenvolvido em um hospital universitário localizado no estado de São Paulo, encontrou dados semelhantes, com 53.6% de respostas negativas, referindo um "nó crítico" nessa questão, uma vez que a administração hospitalar poderia motivar e propiciar um clima de trabalho saudável que viria favorecer a segurança do paciente.

Também corroboram com esses resultados, o estudo de Massoco ⁽¹³⁾ que encontrou uma porcentagem de 56.8%, de respostas negativas, demonstrando que também que na instituição pesquisada os profissionais não percebem ações efetivas que demonstrem que a segurança do paciente é uma prioridade.

Para que se estabeleça uma cultura de segurança é imprescindível que esse objetivo seja o "eixo norteador" da instituição. Também é necessário que seus gestores e líderes envolvam-se nas situações cotidianas da instituição, criando um canal de comunicação efetivo com os profissionais responsáveis pelo cuidado direto, conhecendo seus problemas e desafios diários ⁽¹⁴⁾. Desta forma, se estabelecem as relações de confiança, onde os erros e as necessidades ficam mais claramente expostos, facilitando as resoluções e as intervenções nos processos de trabalho e na capacitação permanente, "empoderando" os profissionais para uma assistência segura ⁽¹⁴⁾.

A pesquisa apontou também que não existe uma boa coordenação e cooperação entre as unidades e que as equipes não trabalham em conjunto para prestar o melhor cuidado.

Também se faz necessário medidas de intervenção que promovam o desenvolvimento do trabalho entre as equipes das diferentes unidades, visando

melhor coordenação, cooperação e comunicação entre os serviços/unidades e suas equipes

Carrera ⁽¹⁵⁾, em estudo desenvolvido num Hospital Oncológico Federal no Município do Rio de Janeiro, encontrou resultados semelhantes, que lhe permitiram afirmar, que naquela instituição, não há uma cultura organizacional de trabalho em equipe entre as unidades, apesar daquela instituição ser acreditada.

Também ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades, nas passagens de plantão, mudanças de turno e nas transferências, comprometendo o processo de cuidar, sendo comuns as perdas de informações, importantes para o cuidado seguro ao paciente.

Esses dados nos sugere a ausência de uma comunicação aberta e efetiva entre os profissionais, equipes, gestores e entre as unidades, sendo necessárias intervenções urgentes, de todos os níveis para que seja garantido uma continuidade segura na assistência aos pacientes. Destacamos neste ponto, as intervenções da Educação Continuada/Permanente, que devem investir na capacitação de todos os profissionais para as passagens de plantão e trocas de turnos onde as informações dos pacientes sejam corretas e precisas.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que os profissionais não reconhecem na organização e nos seus gestores ações que favoreçam ou priorizem as questões da segurança do paciente. É necessária a ampliação das discussões acerca do assunto em todos os níveis, começando por seus líderes e gestores, assim como outras intervenções, para que se estabeleça o clima da Segurança do Paciente no hospital cenário do estudo. Vale destacar que o Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde através da Portaria 529, de 01 de abril de 2013, tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹⁶⁾, além de exigir de todas as instituições assistenciais, a revisão de seus processos e estratégias para a mitigação das ocorrências de erros, danos e eventos adversos na atenção à saúde. Metas que só poderão ser alcançadas com o envolvimento de toda a organização hospitalar, desde os profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a direção.

REFERENCIAS

- 1- Drucker PF. O melhor de Peter Drucker. A administração. São Paulo: Nobel, 2002.
- 2- Massarollo MCKB, Fernandes M.F. P. Ética e Gerenciamento em Enfermagem. In: Kurcgant, P.(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- 3- Kurcgant P, Massarollo MCKB. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: Kurcgant, P.(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- 4-Batalha EMSS. A Cultura de Segurança do Paciente na Percepção de Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Ensino. 2012.149 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
- 5-Agencia Nacional De Vigilância Sanitária- Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília – DF,2013.

- 6- Wachter RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. Tradução de Laura Berquó – Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 7- Ministério Da Saúde. Cria o Programa Nacional de Segurança do Paciente para monitoramento e prevenção de danos na assistência a saúde. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../PPT_COLETIVA_SEGURANCA... Acesso em: 02/07/2013.
- 8- Mendes W. Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.epi2008.com.br/apresentações/PAINES...> Acesso em: 23/06/2013.
- 9- Marques PM. Proqualis.Taxomia-Classificação Internacional para Segurança do Paciente. Disponível em: <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000656>. Acesso: 03/07/2013.
- 10- Oliveira MA *et al.* Gestão de Risco. In: Viana, DL; Leão, ER; Figueredo, NMA (Org). Especialidades em Enfermagem: atuação, intervenção, e cuidados de enfermagem. São Paulo: Yendis, 2010.
- 11- Gomes AQF. Iniciativas para a Segurança do Paciente difundidas na Internet por Organizações Internacionais: um estudo exploratório, 2008 2p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2008.
- 12- Reis TC. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2013.
- 13-Massoco EPC. Percepções da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem; 2012.
- 14- Paese F, Sasso GTMD.; Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis,2013 Abr-Jun;22(2):302-10.
- 15-Carrera SA. Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico [dissertação] Mestrado em Enfermagem.Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, 2012. 141fl
- 16- Diário Oficial da União de 24/04/2013; Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013

Recebido: 05 de outubro de 2015;

Aceito: 29 de novembro de 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia